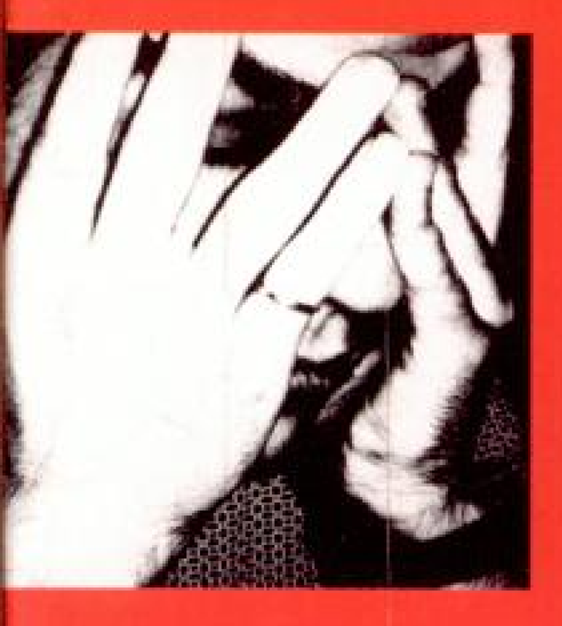
# 100 Preguntas y Respuestas

sobre la

# ANSIEDAD





¿Qué es la ANSIEDAD?

¿Cuáles son las causas de un ataque de pánico?

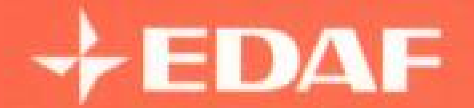


¿Cuál es la diferencia entre la ansiedad y el miedo?

¿En qué se diferencia la psiquiatría de la psicología?

¿Cuáles son los diferentes tipos de terapias?

Dr. Khleber Chapman Attwell



KHLEBER CHAPMAN ATTWELL

# 100 PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA ANSIEDAD

Traducción de Alejandro Pareja



EDAF

MADRID - MÉXICO - BUENOS AIRES - SAN JUAN - SANTIAGO - MIAMI

2007

Título del original: 100 QUESTIONS & ANSWERS ABOUT ANXIETY



Diseño de cubierta: Marta Villarín

Editorial Edaf, S. L.
Jorge Juan, 30. 28001 Madrid
http://www.edaf.net
edaf@edaf.net

Ediciones y Distribuciones Antonio Fossati, S. A. de C. V.
Sócrates, 141, 5.º piso. Colonia Polanco
11540 México D. F.
edafmex@edaf.net

Edaf del Plata, S. A.
Chile, 2222
1227 Buenos Aires (Argentina)
edafdelplata@edaf.net

Edaf Antillas, Inc.
Av. J. T. Piñero, 1594 - Caparra Terrace (00921-1413)
San Juan, Puerto Rico
edafantillas@edaf.net

Edaf Antillas
247 S.E. First Street
Miami, FL 33131
edafantillas@edaf.net

Edaf Chile, S. A.
Exequiel Fernández, 2765, Macul
Santiago, Chile
edafchile@edaf.net



*Agosto 2007*

I.S.B.N.: 978-84-414-1893-6
Depósito legal: M-36.154-2007

PRINTED IN SPAIN IMPRESO EN ESPAÑA

Imprime IBÉRICA GRAFIC S. L. - Fuenlabrada (Madrid)

# Índice

*Págs.*

PRÓLOGO .......... 11

INTRODUCCIÓN .......... 17

*Parte 1. Principios básicos* 21

**Preguntas 1-19.** Información básica sobre la ansiedad, incluyendo:

- ¿Qué es la ansiedad?
- ¿Cuál es la filosofía general de este libro?
- ¿En qué se diferencia la asiedad del miedo?

*Parte 2. Los muchos rostros de la ansiedad* 57

**Preguntas 20-67.** Definición y descripción de las diversas formas de ansiedad, incluyendo:

- ¿Qué es la ansiedad de actuación?
- ¿Cuál es la causa de un ataque de pánico?
- ¿Es verdad que la ansiedad me puede hacer pasar la noche entera sin dormir?

*Parte 3. Tratamiento* 141

**Preguntas 68-100.** Cómo, dónde y qué tipo de tratamiento debería buscar, incluyendo:

- ¿Qué diferencia existe entre un psiquiatra y un psicólogo, entre un asistente social y una enfermera? ¿A quién debo acudir?
- ¿Cuáles son las cosas más importantes que tendrá que decirme mi médico cuando yo esté decidiendo un tratamiento?
- ¿Cuáles son los diversos tipos de terapias?

ESCALAS DE EVALUACIÓN .......... 215

GLOSARIO .......... 235

RECURSOS DE INTERNET .......... 243

# Prólogo

A la hora de escribir el prólogo me vienen muchas ideas a la cabeza. En primer lugar, quiero expresar el placer que ha significado para mí preparar este libro para la editorial Jones and Bartlett y para ustedes, los lectores. No se me ocurre tema mejor para un libro que la ansiedad, pues todos padecemos ansiedad constantemente, como función de nuestro predeterminamiento mental evolutivo y como fenómeno mental que experimentamos en forma de emoción. La cuestión es ¿hasta dónde llega la ansiedad normal? Este libro trata del modo de desmontar estas distinciones y de cómo buscar la ayuda oportuna cuando la ansiedad se vuelve excesiva.

Lo que pretende este libro, más que ninguna otra cosa, es que la ansiedad deje de ser algo tan vergonzoso. ¡Somos tantos a los que nos produce ansiedad el hecho mismo de hablar de la ansiedad! Nos suele parecer que, al compartir algunos de nuestros pensamientos o sentimientos más profundos, podemos arriesgarnos a perder el amor, el afecto o la estima de las personas de las que dependemos. O bien, tememos sentir un malestar tan hondo que no tengamos medios para afrontarlo. Así pues, nos decimos a nosotros mismos lo mismo que nos dicen tantos amigos, parientes, colegas y conciudadanos, que nos callemos y que volvamos a guardarnos esos pensamientos y sentimientos inquietantes, aparentemente prohibidos, en algún rincón de nuestras mentes, para siempre si es posible. Pero esos pensamientos y sentimientos tardan bien poco en volver a salir a la luz, y esa ansiedad incómoda vuelve a asomar esa cabeza suya tan indeseable. Este libro trata del modo de meterse en esos miedos con el fin de llevarlos y de comprenderlos mejor, proceso este que la vergüenza y el miedo a quedar marcados solo sirven para impedir. Si eres capaz de hablar de tu ansiedad, podrás sentirte mejor. Espero que este libro ayude a muchos lectores a dar ese salto de fe que les permita salvar los abismos de la desconfianza, el aislamiento y el miedo que se han ido abriendo a lo largo de los años.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PARTE UNO

# *Principios básicos*

¿Qué es la ansiedad?

¿Cuál es la filosofía general de este libro?

¿En qué se diferencia la ansiedad del miedo?

*Más...*

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*otros de de los que ni siquiera soy consciente. Cuando me encuentro con algo que me pone nervioso, como una visita al médico o una factura inesperada, se me agudizan los síntomas del TOC. Por ejemplo, puedo ponerme a decir en voz alta o para mis adentros frases o pensamientos que repito sin cesar. O puedo sentir la necesidad de tocar algo (esto lo hace también el detective Monk, de la serie de televisión, que también padece un TOC, aunque es un personaje de ficción). O bien, puedo evitar ciertas palabras y números, o combinaciones de números (por ejemplo, la palabra «pero», el número 4, o las combinaciones de números que suman 18). O puedo reproducir mentalmente una antigua discusión que tuve con alguien. A veces salen a relucir algunos de estos síntomas incluso cuando no me encuentro ante ninguna de las cosas que sé que me producen ansiedad. ¡Puede que, cuando no tengo de qué preocuparme, me parezca preocupante esa tranquilidad misma!*

Comentarios de Selma:

*Cuando empecé a someterme a análisis solo creía en el inconsciente cuando leía acerca de él. Estaba leyendo* La interpretación de los sueños, *de Freud, pero la verdad era que no creía que aquello rezara conmigo. Creía en mi capacidad de ejercer la fuerza de voluntad, y la poesía que más hondo me llegaba era esa de William Henley,* Invictus, *que termina diciendo: «Soy dueño de mi destino, soy el capitán de mi alma». En aquella época creía que el único medio de hacerme dueña consciente de mi destino era la fuerza de voluntad consciente. Naturalmente, fracasaba siempre. Pero siempre volvía a empezar, cada*

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## 6. *¿Cuáles son las fases normales, esperables, de la ansiedad?*



La ansiedad normal, adaptativa, es un rasgo inherente al desarrollo humano. En nuestro avance de una etapa a otra es preciso que sintamos ansiedad para que nos desplacemos del punto A al punto B. El neurólogo austriaco Sigmund Freud tomó el nacimiento del niño como modelo para explicar lo que podía pasarnos en una explicación de la ansiedad. Nos veía como el niño que sale del vientre materno, dejando un lugar cómodo para entrar en un lugar nuevo, menos cómodo en un principio aunque también otorga mayor libertad. En cada fase de desarrollo aparecen ansiedades nuevas; tenemos que prepararnos para el paso siguiente hacia la autonomía. Los niños aprenden a hablar y a separarse de sus padres. En nuestra cultura occidental solemos marcharnos de casa para ir a la escuela o a la universidad. O bien, cuando nos hacemos sexualmente activos, cuando elegimos un compañero o compañera a largo plazo, cuando nos encontramos con las complejidades de lo que es ser padres, cando sorteamos las vicisitudes del envejecimiento normal, o cuando afrontamos las enfermedades o la muerte, revivimos la vivencia integrada humana de lo que puede suceder en la fase siguiente. El paso a la fase siguiente nos aporta la liberación deseada de las restricciones de la anterior, o del miedo a la pérdida de estas libertades en el caso de las etapas del final de la vida.

Todas estas fases de ansiedad se encuentran dentro de la gama normal. En una vida cualquiera, los avances de una fase pueden entrar en resonancia con la experiencia de una persona determinada en una fase anterior. Por ejemplo, a un niño que sufre las consecuencias de un divorcio temprano de sus padres o de la muerte de uno de ellos por enfermedad, puede resultarle más difícil marcharse de su casa e independizarse por sus recuerdos do-

En las investigaciones modernas hay varias características que aparecen una y otra vez y que hacen que nuestro trabajo, en 2005, resulte muy emocionante y gratificante. Sabemos que determinadas regiones del eje cerebral intervienen mucho en la generación de la ansiedad. En concreto, una región llamada la **amígdala cerebral** responde a los estímulos potencialmente peligrosos estimulando a su vez químicamente al cuerpo para que reaccione de inmediato. Cuando se percibe la proximidad del peligro, las conexiones de la amígdala cerebral con el resto del cuerpo se saltan todas las zonas de pensamiento superior, haciendo que nuestro cuerpo reaccione en modo lucha-o-huida. Estos circuitos (llamados **sistema límbico**, término que tiene el mismo origen que *liminal*, que designa el umbral entre la emoción y el pensamiento) hacen, a su vez, que el recuerdo del trauma concreto o de lo que se toma por trauma quede grabado de manera indeleble, y codifican la entrada de este recuerdo archivándola para su empleo en futuras evaluaciones de la peligrosidad de una situación. Sabemos que el **estrés** crónico está asociado a un incremento de **cortisol,** que puede tener como consecuencia la creación de enfermedades o todo tipo de efectos negativos en el cuerpo, con lo que la ansiedad a largo plazo tiene un coste muy elevado para el cuerpo (en una situación de pánico extremo, el cortisol puede inundar el cuerpo produciendo un estado de *shock* semejante al choque quirúrgico, o incluso la muerte súbita).

Los trastornos de pánico y los trastornos de estrés postraumático son los que se han estudiado mejor en el terreno de la neurobiología; sin embargo, quedan muchos campos interesantes abiertos a descubrimientos futuros en lo que se refiere a las **técnicas de imagen** y a la comprensión de los papeles de todos los diversos **neurotransmisores** que utiliza el cerebro para regular la ansiedad. Entre los neurotransmisores más importantes

***Amígdala cerebral***
Parte del sistema límbico del cerebro, relacionada con el aprendizaje, la coordinación de los datos sensoriales y las emociones.

***Sistema límbico***
La parte del cerebro que controla las reacciones y las experiencias emocionales.

***Estrés***
Término general con el que se designa cualquier evento o situación que aumenta la ansiedad de la persona.

***Cortisol***
Hormona segregada por las glándulas suprarrenales como reacción a las situaciones de estrés.

***Técnicas de imagen***
Procesos que permiten observar partes del cuerpo humano que no se pueden ver desde el exterior. Entre otros ejemplos se cuentan los rayos X, las TAC y las IRM.

sona dada es maleable en virtud del entorno en que se ha criado el niño o en el que el adulto vive o recibe tratamiento. Sabemos, además, que los pacientes que tienen trastornos de ansiedad mejoran con la **psicoterapia,** lo que quiere decir que, sea cual sea el fenotipo de enfermedad con el que entran por la puerta, es probable que se marchen con una expresión de la ansiedad distinta y menos intensa. Todos estos datos dan a entender que la manifestación clínica de la ansiedad no viene determinada unilateralmente por la estructura genética de la persona.

***Psicoterapia***
Término genérico con el que se describen muchos tipos diferentes de tratamientos psicológicos y psiquiátricos a base de comunicación y conversación entre el paciente y el terapeuta.



## *14. ¿Es posible que me produzca ansiedad una enfermedad o la reacción a un medicamento?*

Es importante tener siempre presente que las anormalidades físicas pueden presentarse en forma de trastornos de ansiedad. Este principio resulta crítico para establecer el diagnóstico correcto. Así como el paciente con síntomas físicos que puede pensar que su problema no es psiquiátrico, a la inversa, un paciente con ansiedad y preocupación puede no darse cuenta de que sus problemas pueden ser físicos. El ejemplo más clásico es el de la mujer que se presenta con ansiedad de aparición reciente, pero que tiene hipertiroidismo. También podría ser el caso de un hombre incapaz de explicar sus ataques de pánico, de nueva aparición, pero que no comenta que ha estado probando recientemente la cocaína. Otro ejemplo sería el del hombre que no asociara la sensación de angustia que tiene cuando está entre una multitud o cuando hace un examen, con un accidente que tuvo, en el que atravesó el parabrisas y sufrió contusiones. Otro ejemplo más sería el de la mujer que no es capaz de asociar el comienzo de su irritabilidad con el he-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

mas de ansiedad de una persona puede llevarnos hasta recuerdos importantes de la niñez, lo que puede conducirnos a su vez a un alivio de los síntomas.

En los momentos de ansiedad extrema se puede producir la amnesia total o parcial del trauma. Al parecer, tanto neurológica como psicológicamente, encerrar estos recuerdos o impedir que lleguen a guardarse siquiera nos sirve para protegernos de volver a experimentar una actividad abrumadora.

## *16. ¿Cuál es la historia de la ansiedad?*

Como cabía suponer, la humanidad ha padecido ansiedad desde sus orígenes. La palabra ansiedad procede del latín *anxietas*. La palabra *pánico* procede del mito griego de Pan, dios de la fertilidad y de los campos, que inspiraba un terror intenso e irracional en los corazones de los viajeros en los parajes solitarios [8]. Nuestro sistema de la ansiedad ha sido intrínseco a nuestro sistema de supervivencia de lucha o huida, utilizando el más antiguo de los nervios (el del olfato) como explorador principal, que da muestras de estar conectado con las partes más antiguas del cerebro en el sentido evolutivo. Nos han llegado relaciones de episodios de ansiedad que se remontan a las tribus africanas más antiguas, a los pigmeos de la Polinesia o a las tribus de indios americanos. Históricamente, entre las explicaciones más comunes de la ansiedad se contaban la posesión del cuerpo por espíritus malignos, la violación de un tabú cultural o la pérdida del alma. Estos trastornos se han curado por medio del exorcismo (es decir, la retirada del espíritu maligno), del cha-

---

[8] Schmidt, M. D.; Leonard J., y Warner, B., *Panic: Origins, Insight, and Treatment*, North Atlantic Books, Berkeley, California, 2002.

*bien acompañada. Siguen apareciendo a toda página palabras como loco y psicótico cuando ya hace mucho que se han desterrado del vocabulario de los periódicos otros términos fruto de la insensibilidad y de la intolerancia. Pero la autoestigmatización sigue siendo la peor.*



## 18. ¿En qué medida es útil la ansiedad desde el punto de vista evolutivo?

Los doctores Randolph Neese y George Williams abordan, en su libro *Why We Get Sick*[10], la cuestión del propósito evolutivo general de la ansiedad. Tal como ya hemos visto, el sistema de ansiedad sirve de sistema de lucha o huida dirigido a nuestra protección. En un experimento interesante se pusieron en una pecera unos gupis (pequeños peces de acuario) y, separados de estos por un vidrio, unas percas. Los autores del experimento clasificaron a los gupis en tres categorías en virtud de su conducta ante los peces grandes: los temerosos (se escondían), los normales (se apartaban) y los valientes (contemplaban a las percas). Cuando se retiró el vidrio que separaba a los grupos y se dejaron transcurrir sesenta horas, seguían vivos el 40% de los gupis temerosos, solo un 13% del grupo de los normales y ninguno del grupo de los valientes (se entiende que los que no vivían habían sido devorados por las percas). Es uno de los muchos ejemplos que ilustran el modo en que nos protege la ansiedad, como una alarma contra incendios que sirve para salvar una vida en una ocasión, aunque provoque cien alarmas falsas. Desde este punto de vista,

[10] Nesse, G. W., y Williams, G. C., *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*, Times Books, Nueva York, 1994.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PARTE DOS

# *Los muchos rostros de la ansiedad*

¿Qué es la ansiedad de actuación?

¿Cuál es la causa de un ataque de pánico?

¿Es verdad que la ansiedad me puede hacer pasar la noche entera sin dormir?

*Más...*

lo desagradables que son los ataques de pánico, ¿por qué iba nadie a optar por sufrir de esta manera? Resulta útil aprender los motivos por los que los pacientes optan por tener ataques de pánico, pues este conocimiento nos aporta el medio mismo para su recuperación. Se trata en gran medida de una opción inconsciente por parte de los pacientes, que no comprenden por qué se hacen eso a sí mismos; ¿cómo puede entender una persona que algo que percibe como si lo dominara arranca, en realidad, de una opción inconsciente tomada por él mismo? Pero el trabajo con pacientes de ansiedad muestra una y otra vez que el momento de aparición de un ataque de pánico en la mente del individuo se corresponde invariablemente con lo que está haciendo o sintiendo el individuo en ese momento de su vida. Muchos pacientes cuentan, con el tiempo, que ven el hecho de tener ataques de pánico como una manera de recluirse a sí mismos dentro de una aflicción horrible. Por ejemplo, un paciente que se emociona porque va a salir de viaje con su novia (despegando, literalmente, en su vida, pero también dejando a su familia por primera vez) sufre un ataque de pánico en el avión, impidiéndose a sí mismo de esta manera la experiencia presente de la alegría del viaje (y reconecta con su infancia en casa de su padre alcohólico y lleno de rabia, donde sufría malos tratos). Este fenómeno me recuerda el dicho de que «el preso acaba por amar sus cadenas». De hecho, esta idea puede explicar literalmente por qué algunos presos vuelven a delinquir cuando salen de la cárcel: dicen que no son capaces de sobrellevar la libertad de la vida civil, y que funcionan mejor dentro de los límites de lo que les resulta familiar. Si nos ponemos en lo peor, si suponemos que el destino nos cegará después de lo bien que nos sentíamos, tendrá más sentido optar por un ataque de pánico para sentir, psíquicamente, que controlamos mejor el desastre, pues lo hemos creado nosotros mis-

cia un compañero de trabajo por un hábito extraño o por una preocupación que no es capaz de controlar relacionada con un comentario que hizo su jefe aquella mañana. La incapacidad de una mujer de dejar de soñar despierta con el amor que siente por un cliente que está fuera de su alcance ilustra la falta de eficiencia de su sistema emocional. En tales situaciones, nuestra angustia funciona como un barómetro útil, en la medida en que reaccionamos de manera excesiva. Los pacientes suelen explicar que la ansiedad de este tipo les parece algo parecido a un dictador de estilo antiguo, que les exige que reaccionen de una manera determinada ante una situación dada. Sin embargo, este modo de funcionar ya no resulta adecuado para la situación actual. Cualquier persona que padece intensamente este tipo de ansiedad dice que se sentiría mucho más ligera si pudiera cortar a la medida su ansiedad. Cuanta más inteligencia emocional adquirimos, más probable es que nuestra ansiedad se ajuste a la temperatura ambiente de las circunstancias presentes.

Comentarios de Rick:

*Emocionalmente, yo soy el ejemplo perfecto del ideal de Aristóteles de enfadarse en la medida adecuada, en el momento adecuado, hacia la persona adecuada, por el motivo adecuado (¡pero al revés!). De hecho, y sobre todo en momentos de ansiedad y estrés, suelo desenterrar viejas iras y discusiones. Me acuerdo de personas que han salido de mi vida hace mucho tiempo, hasta de viejos compañeros de colegio o novias antiguas que ya no tienen ninguna importancia verdadera en mi vida actual. Si me encuentro por casualidad con una persona, generalmente con un miembro de mi familia, con quien he estado repasando mentalmente viejas discusiones o enfrentamientos, no me siento tan enfadado*

tar aquello de lo que más nos avergonzamos. Por eso, los pacientes que se sienten culpables recurren al tratamiento para confesar aquello que se quieren quitar de encima. Sin embargo, los que se sienten avergonzados tienden a guardar más el secreto de su ansiedad. Las raíces de este deseo de ocultar los pensamientos y sentimientos aparentemente vergonzosos se convierten entonces en esenciales para la psicoterapia de esos pacientes, ya que al deshacer estas ataduras mentales se les permite liberarse de la carga de un síntoma.

Los sentimientos de ansiedad, de culpa, de vergüenza, suelen arrancar de elementos de carácter sexual o agresivo. El tener impulsos o fantasías sexuales que parecen inaceptables socialmente nos hace sentirnos culpables, inseguros o avergonzados. Del mismo modo, también puede padecer intolerable sentir impulsos hostiles y agresivos. La ansiedad debida a tener estos deseos pero sentirse incómodo por tenerlos (cuánto más por hablar de ellos) mueve a nuestras mentes a abordar el dilema o a no abordarlo. Por ejemplo, el paciente que empieza a lavarse las manos de manera compulsiva puede explicar que se siente sucio por haberse interesado por una mujer solo por su vagina; se lava porque siente la necesidad de ser castigado. Una mujer que se presenta en urgencias con una sensación aguda de dolor torácico por un ataque de pánico puede contar, si se le hace una historia con cuidado, que casualmente acaba de emprender una relación extramarital. Un muchacho que mantiene relaciones sexuales a edad temprana con un pariente varón puede desarrollar síntomas compulsivos para sentirse seguro. Además, puede sentir la necesidad de ocultar su secreto sexual por miedo a ser descubierto, no solo por haber tenido esos impulsos sexuales profundos, sino por haberlos tenido con un varón.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

relación de pareja regular, salen a la superficie muchos más motivos de ansiedad, sobre el destino del niño, sobre las decisiones acerca del futuro de la relación de pareja, sobre las cuestiones del mantenimiento y la custodia del niño, sobre las expectativas culturales y familiares de la mujer, y otras similares. Con independencia del resultado, estas decisiones no se toman sin angustias emocionales profundas.

Por último, al ir avanzando el embarazo se producen muchos cambios en el cuerpo de la mujer que pueden ocasionarle una franca ansiedad. Las náuseas matinales son molestas, y las mujeres también sienten ansiedad preguntándose cuánto durarán. La ansiedad producida por los cambios tan drásticos que sufre el cuerpo en sentidos que constituyen una pérdida de control (el peso, la producción de orina, el control intestinal) pueden desencadenar cuestiones sobre la propia seguridad. Mientras tanto, los futuros padres se preguntarán siempre si el niño estará sano y en qué medida serán capaces de cumplir sus nuevas responsabilidades como padres.

## 39. ¿Puede afectar la ansiedad a mi capacidad para quedarme embarazada o la de mi cónyuge?

Lamentablemente, algunos médicos no saben comunicar bien las malas noticias. Estas comunicaciones pueden producirse en las clínicas de fertilidad como en cualquier otra especialidad. Decir a una mujer que es estéril, o a un hombre que tiene un conteo de esperma bajo puede tener efectos devastadores, sobre todo teniendo en cuenta que la pareja que no ha sido capaz de concebir suele desear un niño más que cualquier otra cosa que hayan deseado en sus vidas. Este diagnóstico es acertado en algunos casos, y en otros no. Muchos co-

gico que las personas reaccionen poderosamente a puntos de vista distintos de los suyos. Teniendo en cuenta que las ideas, los sentimientos, las conductas y las historias de carácter homosexual pueden evocar ansiedades tan complejas, resulta lógico procurar entenderlas mejor. El mero hecho de recordar el principio básico de Freud, según el cual todos nacemos con una bisexualidad inherente (basada en el amor del niño a su madre y a su padre), puede contribuir a tranquilizar a cualquier persona que padece una ansiedad de tipo homosexual. Una actitud abierta puede permitir unas conversaciones en que se trabajen estas ansiedades para darles salida. Veremos a continuación varios ejemplos comunes.

No es raro que una persona heterosexual crea que es homosexual porque encuentra atractivas físicamente a personas de su mismo sexo. Esta ansiedad puede desbocarse hasta convertirse en una preocupación profunda; hasta es posible que los pacientes acudan en plena noche a solicitar tratamiento a la sección de urgencias, llenos de preocupación porque piensan que son gais; es el llamado pánico homosexual. Parece que en muchos casos esta ansiedad homosexual impide a las personas buscar relaciones heterosexuales. En esta aparente contradicción, un heterosexual que desea ardientemente al sexo opuesto pero teme, al mismo tiempo, la intimidad emocional o sexual, puede preferir el temor a ser gay. Esta postura le impide llevar a la práctica sus deseos heterosexuales temidos. Estas atracciones homosexuales pueden paralizar de este modo la capacidad de un hombre para estar con una mujer, o la capacidad de una mujer para estar con un hombre. En estos casos, la ansiedad homosexual sirve de disfraz para ocultar la ansiedad heterosexual.

Otra ansiedad homosexual arranca de la nostalgia por el padre o la madre ausentes, o por alguna otra persona importante que nos tenía a su cargo. El hombre

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

una cuestión de no haber tenido el tiempo suficiente. Nos engañamos haciéndonos creer que nuestra labor podía ser ideal si contásemos con el tiempo suficiente.

La procrastinación puede conducir, a su vez, a un estilo de personalidad retraída. Retrasamos la entrega de un trabajo con la idea de hacerlo perfectamente en algún momento. Mientras tanto, retrasamos la entrega del material de una manera pasivamente sádica a la persona que lo necesita. Con esta pauta se intenta hacer sufrir al destinatario (que se siente privado de amor y de alabanzas) de manera muy semejante a como nos sentíamos nosotros mismos, tan devaluados o imperfectos, cuando recibíamos críticas por nuestros trabajos anteriores.

Comentarios de Rick:

*Me identifico mucho con la idea de que la necesidad de ser prefectos o de hacer algo de manera perfecta puede conducir a la procrastinación. Cuando cometo errores, aunque sean menores, me parece que llegan al núcleo mismo de mi sentido del yo, corroborando todos los pensamientos negativos que he tenido acerca de quién soy. Mi pauta consiste en ser repetitivo, tanto en lo que hago como en lo que evito hacer, aferrándome a las cosas en las que he tenido un historial de éxitos, en vez de intentar cosas en las que podría fracasar (¡oh, no!) y dejando para más adelante las cosas que no estoy seguro de ser capaz de hacer bien.*

*He oído decir alguna vez que los alcohólicos son «perfeccionistas fracasados», y yo me imagino que este término se puede aplicar también a hombres y mujeres que sufren otros tipos de adicciones, y a los que tienen TOC, como yo, que cuando sufrimos la herida de un pequeño error o defecto propio, por pequeño que sea, es como si no pudiésemos dejar de sangrar.*

ni siquiera se pueden expresar con palabras. Solo el proceso de duelo nos permite volver a estabilizar poco a poco nuestros sentidos destrozados del yo.

El tipo de pérdida siempre da forma a la ansiedad. La pérdida de un hermano puede poner en marcha un sentido de culpabilidad por parte de los hermanos supervivientes. No solo han perdido a un hermano, sino que tienen que debatirse con la realidad de lo que antes había sido una fantasía ocasional: el deseo natural de matar al hermano. Estos sentimientos pueden dejar a la persona con la sensación de que merece el castigo, conduciéndola a la depresión, que es un verdadero castigo. Los hermanos pueden intentar entonces compensar a base de volverse hiperresponsables. La muerte de un padre o madre también puede llevar a las personas a someterse a tratamiento, porque les deja la sensación de que no saben seguir adelante. A pesar de su edad cronológica, pueden regresar psicológicamente a sentimientos de vulnerabilidad infantil y de necesitar profundamente a un progenitor.

Como función del proceso de duelo, la persona puede soltarse del padre o del hermano perdido, incorporando al mismo tiempo en su propia personalidad los aspectos más valorados de ese ser querido como medio para seguir adelante. La ansiedad de la muerte, de la pérdida o de la separación puede ser devastadora, pero también puede fomentar el desarrollo psicológico de maneras inesperadas.

## 47. *¿Y si mi médico me dice que voy a morirme dentro de poco tiempo?*

Enterarnos de que nos vamos a morir dentro de poco tiempo puede ser la noticia más devastadora que podemos recibir. Pueden darse muchas reacciones en

## *51. ¿Qué relación existe entre la ansiedad y otras drogas?*

En nuestra sociedad se usa y abusa de muchas drogas diferentes, por lo que aquí no podemos tratar más que unas cuantas. Algunas aparecen con frecuencia: la marihuana, la cocaína, la heroína, los opiáceos que se venden con receta y el éxtasis. Estas son, probablemente, las drogas de las que más se abusa, después del alcohol, en la autogestión de la ansiedad.

La marihuana es un antiguo remedio que se ha empleado históricamente no solo en nuestra cultura, sino en otras para ayudar a liberar a las personas de las cadenas de la ansiedad que los atan. Muchos cuentan que la marihuana les ayuda a sentirse más libres. Suele producir una sensación de rebeldía, la de ser capaces de hacer lo que se quiera (un fenómeno que se suele advertir en los adolescentes que quieren pertenecer a un grupo). La marihuana puede permitir a las personas sentir que sus yoes interiores son aceptables dentro de un entorno social, ilustrando así la dinámica básica de un trastorno de ansiedad, la de que el sentimiento de vergüenza que acompaña comúnmente a la ansiedad es inaceptable.

La cocaína tiene un efecto semejante. Es frecuente que las personas que padecen un trastorno de estrés postraumático o la ansiedad que arranca de la depresión cuenten que la cocaína les aporta la energía suficiente para pasarse toda la noche en pie con sus amigos o amantes hablando de muchos detalles de su pasado, de una manera que produce en esos momentos una sensación de intimidad. La cocaína puede producir una falsa sensación de energía, seguridad e intimidad; suele acompañar a la depresión y a la automedicación de la depresión.

La heroína, así como otros opiáceos que se pueden conseguir con receta y que se consiguen fácilmente por Internet por medio de falsos médicos que se los propor-

Yo he considerado que en esta ansiedad concreta se refleja una pregunta dentro del yo. ¿Será capaz el individuo de volver a un sentido ideal de su yo? La ansiedad sirve de sustrato de esta preocupación. Cuando a un paciente lo han despedido de su trabajo, su ansiedad interna puede ser: «¿Podré trabajar y conservar un trabajo al nivel que lo tenía antes?». Esta preocupación inicial puede convertirse en ansiedad sobre la supervivencia. Esta metamorfosis produce un estado vulnerable que, si no se arregla, puede reforzar la depresión posterior. No es de extrañar que cuando la depresión recibe tratamiento, la ansiedad se reduce invariablemente.

Comentarios de Rick:

*No siempre es fácil determinar dónde termina un síntoma y dónde empieza otro, ni siquiera cuando se trata de nosotros mismos. A mí, por lo menos, no me resultá difícil, y no creo ser el único en este sentido. Tiendo a considerar que mis tendencias depresivas me producen letargo, tristeza, falta de disfrute de la vida y la sensación de estar muy solo y falto de interés. Para mí, la ansiedad es más bien un sentimiento de inquietud, más vivo que los sentimientos depresivos, más activo, pero no de una manera agradable. Quizá tenga sentido decir que mi depresión es como un dolor, que mi ansiedad es como un picor y mi TOC es como un intento de rascarme el picor.*

## 53. ¿Qué es la ansiedad del suicidio?

El suicidio es un fenómeno psiquiátrico muy complicado; yo suelo ver que se distribuye en cinco categorías principales. La primera sería un acto impulsivo por parte

piernas no tienen la longitud o el grosor adecuado, o quizá que nuestro pene o nuestros pechos son demasiado pequeños. Estas percepciones personales, al contrastar con los ideales sobrevalorados de nuestra cultura, impulsan en gran medida la **obsesión** de los estadounidenses por la cirugía estética. El problema, naturalmente, estriba en que lo que está mal en realidad no es el cuerpo en sí, sino la percepción del cuerpo que tiene la mente. Este síntoma de considerar que nuestro cuerpo tiene algo de defectuoso sirve de depósito donde se almacenan otros sentimientos de ser defectuosos que albergamos sobre nosotros mismos o sobre nuestro sentimiento de seguridad en mundo. Por ejemplo, la mujer que considera repugnante la gordura en general y la gordura que se atribuye a sí misma, suele sentir, de manera consciente o inconsciente, que ella misma es repugnante.

***Obsesión***
Un pensamiento repetitivo, intruivo, del que es difícil librarse, a pesar de saber que el pensamiento es irracional.

Los pacientes con dismorfismo corporal se hacen la ilusión de que les bastaría con arreglar el defecto que se atribuyen para sentirse transformados en su personalidad. Pero cuando a un paciente de dismorfismo corporal le arreglan la nariz, por ejemplo, en una operación de cirugía estética, suele descubrir otro rasgo defectuoso de su cuerpo para centre en él. Esa pauta de obsesiones mantiene viva la experiencia de la crítica y refuerza la autovaloración negativa del paciente. Una situación muy común es la de la mujer que se mira al espejo y no es capaz de determinar si está delgada o gorda. Tiene que recurrir a una balanza para medir su peso, con lo que podemos establecer un paralelismo con el entumecimiento emocional que siente. Así como no es capaz de determinar si está delgada o gorda, tampoco es capaz de determinar si está alegre, triste, con ansiedad, decaída o animada. Esta obsesión aporta una vía externalizada por medio de la cual puede contener los sentimientos de que es mala y defectuosa, pensar en ellos y conectar con ellos. De este modo se repite a sí mismo el ciclo dañino.

paciente con síndrome del colon irritable nos dirá que advierte reacciones determinadas y concretas entre su ansiedad y su funcionamiento intestinal. Algunos pacientes dicen que en momentos de estrés tienen estreñimientos agudos; otros dicen que no son capaces de controlar la diarrea. Se pueden conseguir muchas cosas consultando al gastroenterólogo, que puede recomendar determinadas medicaciones o cambios en la alimentación. Pero siempre es importante que el paciente que sufre el síndrome del colon irritable consulte al menos a un psiquiatra para debatir las posibilidades de tratamiento desde el punto de vista psiquiátrico y psicoterapéutico. Los medicamentos de la familia de los inhibidores de la recaptación de serotonina pueden modificar el estreñimiento además de tratar la ansiedad, mientras que algunos otros antidepresivos tricíclicos pueden tratar tanto la diarrea como la ansiedad.

## *58. ¿Puede llegar la ansiedad a hacerme sentir que no soy real?*

La ansiedad abrumadora puede precipitar síntomas de pérdida del sentido del tiempo o de la personalidad, lo que se conoce comúnmente como disociación. Es habitual que los pacientes se den cuenta de lo sucedido después del hecho. Por ejemplo, una paciente puede pasarse tres estaciones de metro, y entonces se da cuenta de que debía haberse apeado tres estaciones atrás. Otro ejemplo sería el del hombre que oye hablar a sus amigos de una noche en que todos celebraron una fiesta, pero él no tiene recuerdo consciente del hecho. Otro ejemplo más sería el de la mujer que se ve y se oye a sí misma manteniendo una conversación, pero desde el punto de vista de un tercero que observa la conversación de dos personas. La disociación es una de las reacciones del

teme y cree constantemente que todo síntoma corporal que advierte se puede atribuir a una enfermedad física grave y/o maligna. El paciente hipocondriaco teme morir por esta enfermedad, o teme que padece una enfermedad que no se ha podido diagnosticar con la exploración clínica o física o con los análisis adecuados. Esta ansiedad puede llegar a dominar la vida mental del paciente. Un hipocondriaco que tiene un lunar en el pene cree que puede convertirse en una enfermedad de transmisión sexual mortal. Un entumecimiento de un dedo puede hacerle pensar que es el primer síntoma de un tumor cerebral. Las náuseas se pueden interpretar como debidas a un cáncer de ovarios, y esta preocupación, como en cualquier otro trastorno, puede crecer hasta convertirse en una pauta que lo consume todo. Los mejores resultados en la evolución y la gestión de la hipocondría suelen obtenerse con visitas regulares a un internista o a un médico de cabecera que puede tranquilizar al paciente convenciéndolo, con el tiempo, de que no se está muriendo. No obstante, el tratamiento psicológico puede prestar una gran ayuda, suponiendo que estos pacientes con ansiedad estén dispuestos a someterse a él. La clave es intentar ayudar a la persona a ver que las molestias que siente proceden de la ansiedad, más que de una enfermedad corporal, y centrarse después en la necesidad que tiene el paciente de producir esta ansiedad, más que en el trastorno somático mismo. Con frecuencia se encontrará en la familia el caso de alguna persona que ha estado enferma y que ha recibido cariño y atención por estar enferma. El paciente tiene entonces la conducta aprendida de obtener una gratificación por ejercer el papel de enfermo. Así puede conseguir atención «legítima» un paciente que no asiste a algún acto familiar dado, o puede ser una manera de recibir una atención que de otra manera no estaría permitida por un sistema familiar. Por ejemplo, un paciente que al-

de afrontar un sentimiento abrumador. Con un estudio psicoterapéutico detenido solemos descubrir que el ataque de pánico solo se produjo sin previo aviso de manera aparente, y sale a relucir un factor de estrés claro e identificado que hasta entonces había sido desconocido en gran medida por parte del paciente. La exploración detenida de las circunstancias y de los sentimientos que rodean un ataque de pánico contribuye a identificar la raíz de los sufrimientos del paciente. En el peor de los casos, el trastorno de pánico conduce a la agorafobia, el «temor a los espacios abiertos». Este nombre indica que el paciente puede llegar a recluirse o a quedarse en su casa para evitar cualquier situación en la que teme que vuelva a producirse ese sufrimiento inolvidable que es el ataque de pánico.

## El trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático

### 66. *¿Cuál es el papel del trauma en la creación de la ansiedad?*

Esta pregunta plantea cuestiones complicadas, de mucho alcance y muy apremiantes. El hecho de formular una pregunta en este campo inspira más preguntas que respuestas definidas. Sin embargo, tanto el **trauma agudo** (por ejemplo, sufrir un accidente de automóvil grave u otra situación con peligro de muerte) como la **tensión traumática,** más a largo plazo y de menor intensidad (por ejemplo, vivir mucho tiempo en una casa en la que se dan malos tratos), pueden servir de puntos de partida para dar respuesta a esta pregunta. Tanto los traumas agudos como la tensión traumática pueden conducir a un trastorno de estrés agudo o a la creación de un estilo de personalidad ansiosa. El trastorno de es-

***Trauma agudo***
Situaciones inmediatas, intensas, con peligro para la vida, que puede provocar una ansiedad abrumadora (por ejemplo, sufrir un accidente de automóvil, combatir en una guerra, sufrir una violación).

***Tensión traumática***
Situaciones más a largo plazo que no ponen tan en peligro la vida pero que, con el tiempo, pueden provocar ansiedad abrumadora (por ejemplo, vivir en un hogar violento).

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

tes que tienen trastornos de dolor y síndromes tales como el vaginismo (una contracción de los músculos vaginales que hace imposible la penetración del pene) pueden haber sido víctimas de abusos sexuales. También recordamos el consumo de drogas, el suicidio, las inhibiciones sexuales, la promiscuidad y las personalidades sádica y masoquista cuando pensamos en la gran variedad de efectos que pueden tener los abusos sexuales al conformar una personalidad.

La ansiedad provocada por los abusos sexuales regulares o por presenciar regularmente en casa gritos, chillidos, peleas o abusos físicos puede producir sentimientos crónicos de inseguridad. Un hombre puede temer que no crecerá nunca y se quedará en niño, o una mujer puede sentirse atrapada en el papel de niña durante su vida adulta. No es raro que los pacientes que se encuentran en el contexto del trauma tengan una sensación física de insensibilidad y una falta de capacidad de reacción emocional. La insensibilidad, el no sentir las cosas en el cuerpo como podría sentirlas otra persona, puede manifestarse como una pérdida de sensibilidad genital o en las manos. O bien, la persona puede advertir que ha perdido en parte la capacidad de identificar su estado de ánimo, lo que puede tener, en la práctica, una función protectora. Cualquiera que haya leído el libro de Albert Camus *El extranjero*[8] o que haya visto el embotamiento emocional del personaje maltratado en la película *Mystic River*[9] podrá apreciar la obsesión y el amortiguamiento del estado de ánimo que caracterizan a los sobrevivientes de los abusos sexuales y del trastorno de estrés postraumático.

---

[8] Camus, A., *El extranjero,* Alianza Editorial, Barcelona, 1999.

[9] *Mystic river.* Dirigida por Clint Eastwood en 2003. Basada en la novela *Mystic River*, de Dennis Lehane.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

# 100 Preguntas y Respuestas sobre la ANSIEDAD

## DR. Khleber Chapman Attwell

Son millones de personas en todo el mundo las que sufren, han sufrido o sufrirán uno o varios ataques de ansiedad a lo largo de sus vidas. Una experiencia que produce gran sufrimiento y confusión a quien la padece.

¿Qué es la ansiedad? ¿Es un trastorno exclusivamente orgánico o intervienen aspectos psicológicos? ¿Pueden ser desencadenantes de un ataque de ansiedad el estrés o los estimulantes? ¿Se puede tratar con garantías la ansiedad? ¿Hay alguna relación entre la ansiedad y las fobias? ¿Es lo mismo un ataque de ansiedad que uno de pánico?

En este libro hallará respuestas a cien preguntas sobre la ansiedad que responden a prácticamente todas las dudas que sobre la naturaleza de esta enfermedad y su tratamiento pueda plantearse cualquier persona, bien sea una víctima de ella, bien sea alguien de su entorno.

Una obra que resulta de inestimable ayuda para conocer, comprender y tratar esta enfermedad.

**El Dr. K. Chapman Attwell** ha ejercido como psiquiatra en el New York University Medical Center Hospital y fue co-director de estudios médicos sobre salud mental en la School of Medicine de la New York University. Actualmente ejerce la práctica privada del psicoanálisis y la psiquiatría en Nueva York.

